





VOTRE GAMME
SANTÉ 18^R
LABEL



 **Forfait de 60€/an/famille**
à répartir selon les prestations signalées

Remboursement Assurance Maladie Obligatoire + MNSPF

SOINS COURANTS		Santé 18 Initial ^R LABEL	Santé 18 ^R LABEL	Santé 18 Plus ^R LABEL
Honoraires médicaux	Consultation / téléconsultation / visite à domicile - médecin généraliste adhérent au DPTAM (1)	100%	120%	130%
	Consultation / téléconsultation / visite à domicile - médecin spécialiste adhérent au DPTAM (1)	100%	130%	140%
	Actes Techniques Médicaux (ATM) - DPTAM (1)	100%	100%	100%
Honoraires paramédicaux	Auxiliaires médicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste...	100%	100%	100%
Analyses et examens de laboratoire	Analyses et examens de laboratoire	100%	100%	100%
Médicaments	Médicaments remboursés à 65% et 30% par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	100%	100%	100%
	Médicaments remboursés à 15% par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	-		
	Médicaments en vente libre : automédication identifiée par un code CIP et répertoriée (2)		-	-
	Contraception sur prescription médicale		-	-
Matériel médical	Vaccins non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) (3)		-	-
	Orthopédie (ex : semelles orthopédiques, bas de contention...)	100%	100% + 76,22€	100% + 80€
	Grand appareillage (ex : fauteuil roulant...)			
	Pansements, accessoires (ex : bandes...)			
Petit appareillage (ex : béquilles, attelle, aérosol, minerve...)				
Prothèses mammaires et capillaires	Prothèses mammaires acceptées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	100%	100%	100%
	Prothèse capillaire acceptée par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	100%	100% + 125€	100% + 125€
Transport	Frais de transport acceptés par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	100%	100%	100%
Imagerie / Radiologie	Actes de radiologie, imagerie - médecin spécialiste adhérent au DPTAM (1)	100%	100%	100%
HOSPITALISATION (Y COMPRIS CENTRE DE RÉÉDUCATION / MAISON DE REPOS ET DE CONVALESCENCE AGRÉÉE AMO ET ÉTABLISSEMENT PSYCHIATRIQUE)				
Forfait journalier hospitalier	Forfait journalier	100%	100%	100%
Honoraires	Soins médicaux externes (hôpital / clinique) - DPTAM (1)	100%	100%	100%
	Acte médical ou d'hospitalisation supérieur ou égal à 120€ ou à K60	Prise en charge de la participation forfaitaire de 24€		
	Maternité, maladie, anesthésie, chirurgie - médecin adhérent au DPTAM (1)	100%	100%	250%
	Actes Techniques Médicaux (ATM) - DPTAM (1)	100%	100%	100%
Chambre particulière	Chambre particulière y compris en ambulatoire (4)	-	42€/jour	50€/jour
Prestations complémentaires Hospitalisation	Frais d'accompagnement pour une personne de moins de 12 ans ou de plus de 75 ans (sans limite d'âge pour les personnes handicapées) (5)	-	26,68€/jour/15 jours	26,68€/jour/15 jours
CURES THERMALES AGRÉÉES ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO)				
	Forfait thermal	-	100%	100%
	Honoraires de surveillance médicale	-	100%	100%
	Hébergement (6)	-	76,22€	76,22€
DENTAIRE				
Soins et prothèses relevant du 100% Santé (7)	Soins et prothèses relevant du 100% Santé	100% frais réels dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF)		
Soins	Soins et consultations (y compris réparations sur prothèse)	100%	100%	120%
Autres prothèses dentaires (relevant des paniers Tarifs maîtrisés et Tarifs libres)	Prothèses dentaires acceptées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) relevant des paniers tarifs maîtrisés et tarifs libres (y compris prothèse sur implant)	100%	275%	400%
			Année 1 : Plafond à 600€	Année 1 : Plafond à 1100€
			Année 2 : Plafond à 700€	Année 2 : Plafond à 1300€
			Année 3 : Plafond à 800€	Année 3 : Plafond à 1500€
		Année 4 : Plus de plafond		Année 4 : Plus de plafond
Dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF) pour le panier Tarifs maîtrisés				

Prestations complémentaires Dentaire	Prothèses dentaires non remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	-	76,22€/prothèse limité à 3 prothèses/an/bénéficiaire	200€/prothèse ou implant Limité à 3 prothèses ou implants/an/bénéficiaire
	Implants non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	-	-	-
	Parodontologie non remboursée par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	-	-	75€/an
Orthodontie	Orthodontie acceptée par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) (pour les enfants de moins de 16 ans)	100%	275%	325%
OPTIQUE (8)				
Équipements relevant du 100% Santé (Classe A) (7)	Monture et verres simples, complexes et très complexes - Classe A (8a à 8f)	100% frais réels dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		
Équipements optiques : verres et monture Tarif libre (Classe B)	Monture et verres simples - Classe B (8a)	100%	130€ dont 100€ au maximum pour la monture	300€ dont 100€ au maximum pour la monture
	Monture et verres complexes et très complexes - Classe B (8b à 8f)		200€ dont 100€ au maximum pour la monture	
Équipements optiques : verres classe A et monture classe B ou verres classe B et monture classe A	Monture A + verres B ou Monture B + verres A (8a à 8f)	100%	Voir Règlement Mutualiste	Voir Règlement Mutualiste
Suppléments optiques (pour les verres de Classe A ou Classe B)	Adaptation de la correction visuelle	100% frais réels dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		
	Appairage de verres d'indice de réfraction différents	100% frais réels dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		
	Supplément pour verres avec filtre	100% frais réels dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		
	Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	100%	100%	100%
Autres dispositifs médicaux d'optique	Lentilles acceptées et refusées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	100%	100% + 90€	100% + 150€
	Chirurgie réfractive	-	-	500€/œil
AIDES AUDITIVES (9)				
Aides auditives relevant du 100% Santé (Classe I) (7)	Prothèses auditives relevant du 100% Santé - classe I (quel que soit l'âge)	100% frais réels dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		
Aides auditives (Classe II) (7)	Prothèses auditives relevant du 100% Santé - classe II (> 20 ans) (10)	100%	100% + 250€/an	100% + 450€/oreille (10)
	Prothèses auditives relevant du 100% Santé - classe II (≤ 20 ans) (11)			100% + 300€/oreille dans la limite réglementaire de 1700€
	Prestation de suivi	100%	100%	100%
	Piles et accessoires	100% et dans la limite du nombre de paquets de piles pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)		
BIEN-ÊTRE (12)				
	Ostéopathie / Étiopathie / Chiropractie / Acupuncture / Réflexologie	✉	20€/séance limité à 3 séances/an	30€/séance limité à 3 séances/an
	Psychomotricité	-		
	Podologie / Diététique	✉	-	-
PRÉVENTION				
	Actes de prévention remboursés par l'AMO (définis par la réglementation en vigueur) (13)	100%	100%	100%
	Sevrage tabagique médicamenteux sur prescription médicale	-	100% + 20€/mois pendant 3 mois	100% + 30€/mois pendant 3 mois
PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES				
	Téléconsultation 7J/7 - 24H/24 (14) Nouveau	Inclus	Inclus	Inclus
	MNSPF Assistance : Aide à domicile, garde d'enfants, portage de médicaments, accompagnement personnalisé vie quotidienne... (15)	Inclus	Inclus	Inclus
	Prime de naissance ou d'adoption	-	60,98€	80€
	Prestation Obsèques	-	304,90€	304,90€

"Le remboursement total correspond au remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et de la MNSPF dans la limite des frais engagés, sur la base du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale et dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés, déduction faite des franchises médicales (décret N° 2007-1937 du 26/12/2007) et, le cas échéant, des prestations versées par toutes autres Complémentaires santé.

NB : Depuis le 1^{er} janvier 2005, une participation forfaitaire de 1€ est laissée à la charge des assurés par le régime général pour tout acte de consultation réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale (hors prélèvement).

Conformément au décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 qui modifie les règles définies aux articles L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et aux articles R. 871.1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale applicables aux contrats responsables :

- la MNSPF prend en charge l'ensemble des participations des assurés définies à l'article R322-1 du Code de la Sécurité sociale, hors prestations de santé mentionnées aux 6^e, 7^e, 10^e et 14^e du même article.

(1) La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) comprenant l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique) est limitée à 100% (soit 200% Assurance Maladie Obligatoire incluse). Cette prise en charge est déduite de celle des médecins adhérents au DPTAM par une minoration de 20 points au minimum pour les médecins non adhérents au DPTAM.

(2) Liste disponible sur <https://www.anism.sante.fr/Dossiers/Medicaments-en-acces-direct>

(3) Vaccins non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire délivrés sur prescription médicale

(4) Chambre particulière limitée à 90 jours/an pour les maisons de repos et de convalescence agréées AMO et établissement psychiatrique. Pas de prise en charge en ambulatoire.

(5) Les frais d'accompagnement (lit d'accompagnement et repas) doivent se situer pendant la durée de l'hospitalisation et concernent l'hospitalisation d'un enfant de moins de 12 ans ou d'un adulte de plus de 75 ans (sans limite d'âge pour les personnes handicapées).

(6) Sur présentation de la facture acquittée de l'hébergement et justificatif de la cure par l'établissement thermal

(7) Tels que définis réglementairement

(8) La prise en charge est limitée à un équipement (composé de deux verres et d'une monture) tous les deux ans pour les adultes et enfants de plus de 16 ans. Par dérogation, la période de deux ans est réduite, en cas d'évolution de la vue, à un an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et monture). Pour

les enfants de moins de 16 ans, cette période d'un an ne leur est pas opposable, pour les verres, en cas d'évolution de la vue ayant nécessité une nouvelle prescription médicale ophtalmologique. Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement. Pour les enfants jusqu'à 6 ans, la prise en charge est limitée par période de six mois à un équipement composé de deux verres et d'une monture en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. En tout état de cause, le montant du remboursement de l'équipement (deux verres et monture) est établi dans la limite fixée par la garantie sous-crite conformément à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale. Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date de facturation de l'équipement.

Les fréquences de renouvellement d'un équipement optique ainsi que les montants maximums de remboursement respectent les conditions fixées dans le Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et de l'Arrêté du 3 décembre 2018.

Les verres pris en charge sont définis ci-après :

(8a) Équipement avec 2 verres simples : équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries / équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries / équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

(8b) Équipement avec un verre simple (a) et un verre complexe (c)

(8c) Équipement avec 2 verres complexes : équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries / équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries / équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie / équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries / équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries / équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries / équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

(8d) Équipement avec un verre simple (a) et un verre très complexe (f).

(8e) Équipement avec un verre complexe (c) et un verre très complexe (f).

(8f) Équipement avec 2 verres très complexes : équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries / équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries / équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie / équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

(9) Les fréquences de renouvellement d'une aide auditive ainsi que le montant maximum de remboursement sont fixés par le Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et l'arrêté du 14 novembre 2018. À partir du 1^{er} janvier 2021, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans. L'appréciation de la période susmentionnée se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire, à l'issue de sa période d'essai. L'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires.

(10) Niveau de prise en charge applicable pour un appareil auditif dont la date de facturation est antérieure au 31 décembre 2020.

(11) Et pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20^{ème} après correction).

(12) Le forfait « Bien-être » est versé sur justificatif (facture nominative faisant mention de la date et de la nature de l'acte et comportant le numéro ADELI du praticien). La MNSPF se réserve la possibilité de demander tout autre justificatif qu'elle estimerait utile.

(13) Actes de prévention acceptés par le Régime obligatoire définis par la réglementation en vigueur.

(14) Se référer à la notice d'information de votre garantie.

(15) Se référer à la notice d'information de votre garantie d'assistance.

L'ensemble des postes de remboursement suscitant une prise en charge partielle de la part du Régime Obligatoire bénéficie du Tiers-Payant généralisé.

Sauf mention contraire, les montants indiqués sont des forfaits annuels par bénéficiaire."